

Recht op kwaliteit

Citation for published version (APA):

van Wijmen, F. C. B. (1983). *Recht op kwaliteit*. Kluwer. <https://doi.org/10.26481/spe.19831007fw>

Document status and date:

Published: 07/10/1983

DOI:

[10.26481/spe.19831007fw](https://doi.org/10.26481/spe.19831007fw)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

RECHT OP KWALITEIT

RECHT OP KWALITEIT

REDE

uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het
ambt van buitengewoon hoogleraar in het
gezondheidsrecht aan de algemene faculteit,
studierichting sociale gezondheidkunde en de
faculteit der geneeskunde van de Rijksuniversiteit

Limburg

op vrijdag 7 oktober 1983

door

MR. F.C.B. VAN WIJMEN

Deze rede is in verkorte
vorm uitgesproken

ISBN 90 312 0235 5

© 1983, Uitgeverij Kluwer, Deventer

*'Science, it cannot too often be repeated,
deals with tangible phenomena. The man
of science like the man in the street has
to face headheaded facts that cannot be
blinked and explain them as the best he can'*

James Joyce
Ulysses

I. GEZONDHEIDSRECHT EN KWALITEIT VAN GEZONDHEIDSZORG

1.1 RECHT EN KWALITEIT

'De rechtsgeleerdheid was een symbool voor de dingen die de mens tot iedere prijs zou moeten nalaten'. Deze krasse diskwalifikatie legt de arts Vestdijk in zijn roman *De koperen tuin*¹ in de mond van de hoofdpersoon, op dat moment student medicijnen, terwijl deze met merkbaar afgrijzen een discussie gadeslaat tussen zijn vader, die rechter was en zijn broer, doctoraalstudent rechten.

Men mag hopen, dat deze literaire karikatuur van de verfoeilijkheid niet representatief was voor de kijk van de na-oorlogse artsenstand op het rechtsbedrijf. De juristen hebben er alles aan gedaan om zich van een betere kant te laten kennen. Toen Goudsmit vier jaar na het verschijnen van Vestdijks roman het gezondheidsrecht in Nederland ten doop hield, gaf hij een bewogen profilering van de gezondheidsjurist in de volgende bewoordingen:

'Zonder begrip voor de andere bij het nastreven ener goede gezondheidszorg betrokken wetenschappen, zonder inzicht ook in het belang van een goede samenwerking met de beoefenaren dier andere wetenschappen, zonder gevoel voor de vraag op welke wijze de gezondheidszorg het beste kan worden georganiseerd en zonder besef van financiële en economische mogelijkheden, zal de jurist beter doen op andere wijze zijn kennen en kunnen aan de samenleving dienstbaar te maken'.²

Voorwaar een interessante karakteristiek, die de interdisciplinaire mentaliteit van het gezondheidsrecht weergeeft en — ruimschoots avant la lettre — de ingrediënten bevat, die het recept van de Maastrichtse medische, sociaal-gezondheidkundige en ook de juridische opleiding zo uniek maken.

Voor deze gelegenheid om de maatschappelijke functie van het gezondheidsrecht te etaleren, aansluitend aan een beschouwing over de vanzelfsprekende wisselwerking tussen arts en jurist onder een gesternte van

beperkingen³, is het thema *kwaliteit* gekozen. Kwaliteit van het leven immers vormt het kerndoel van de gezondheidszorg⁴ en biologeert ieder van ons in de letterlijke zin van het woord.

In juridische vertaling vinden we kwaliteit als wezenskenmerk van het hoogst persoonlijk recht om vrijelijk over lijf en leven te beschikken alsook van de met anderen gedeelde aanspraak op passende, bereikbare en betaalbare hulp bij lijfs- of levensbedreigingen of -inbreuken: de fundamenteën van onze gezondheidszorg.⁵

In onze navolgende gezondheidsrechtelijke verkenningstocht zullen we kwaliteit herkennen als maatstaf voor hulpverlening, als centraal massief van patiëntenrechten en als maatschappelijk motief en middelpunt van overheidsbemoeienis met per definitie individualistische verhoudingen in de directe gezondheidszorg. De wetgeving is impliciet en expliciet doordrenkt van oogmerken van kwaliteit en de toetsing daarvan. Met die toetsing heeft iedereen en alles in de organisatie van de gezondheidszorg te maken, zodat het een poging waard lijkt om dit tot een overzichtelijk en bruikbaar geheel te ordenen. Voorafgaand aan deze analyse en systematisering wordt het begrip kwaliteit in gezondheidkundig perspectief belicht.

1.2 KWALITEIT IN GEZONDHEIDKUNDIG PERSPECTIEF

Kwaliteit betekent oorspronkelijk 'eigenschap' of 'hoedanigheid', maar heeft in ons spraakgebruik een onmiskenbaar normatieve lading: de zorg moet 'goed', 'passend' ('adekwaat') of zelfs 'optimaal' zijn. In zijn vaderlandse eenvoud is het woord 'deugdelijkheid', dat Stolte⁶ hanteert, misschien nog wel het meest aansprekelijk. Al noemt Donabedian het begrip kwaliteit een mysterie, hij waagt zich toch aan definiëring. Als kern beschouwt hij het batig saldo van de afweging tussen gezondheidswinst en risico's, met vermindering van nutteloze zorg, waarbij het oordeel van de volledig geïnformeerde patiënt doorslaggevend dient te zijn. Met enige aarzeling geeft hij deze individu-gerichte typering een gemeenschapsdimensie door ook de financiële haalbaarheid als element van kwaliteit te aanvaarden.⁷ De meeste omschrijvingen van kwaliteit zijn circulair of arbitrair: deugdelijkheid wordt gemeten aan de mate waarin de doelen van de gezondheids-

zorg worden bereikt of aan de baat die de patiënt bij de zorg heeft.⁸ De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) associeert kwaliteit met 'geformuleerde en geaccepteerde normen, zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en daarop ook zijn afgestemd'. Zij denkt daarbij met name aan de stand van de wetenschap, de geldende ethische normen, de door de professie zelf gestelde gedragsregels, de verwachtingen van de kant van de patiënt en de redelijkheid ten aanzien van de kosten.⁹ Nu is, zoals zal blijken, een dergelijke benadering niet ongebruikelijk, alleen wordt hier de onmogelijke eis gesteld dat al deze normen als zodanig *geformuleerd* en *geaccepteerd* zouden (kunnen) worden. Een andere mogelijkheid is om kwaliteit maar meteen in haar relativiteit te beschouwen en te betrekken op de aard en inhoud van de opleidingen, op de eisen te stellen aan de voorzieningen, op het handelen van de beroepsbeoefenaren en op de positie van de patiënt in het geheel van de gezondheidszorg.¹⁰

Gaandeweg wordt duidelijk, dat het ons niet te doen is om definiëring van kwaliteit op zichzelf, maar om de zorg waarop zij betrekking heeft. Bepalend wordt dan de visie die men heeft op ons gezondheidszorgsysteem. Niet iedereen is daarmee even gelukkig. De kritiek die door velen is geuit onderscheidt Ehrenreich in een politiek-economische en een sociaal-culturele categorie. De eerste tast de waarde van de zorg niet aan, maar vindt dat zij goedkoper, efficiënter, democratischer en bereikbaarder voor alle lagen van de bevolking moet zijn. De sociaal-culturele kritiek gaat verder: de zorg en degenen die deze verlenen keren zich tegen de patiënt en zijn gezondheid.¹¹ Hier komen we op het terrein van de sociale gezondheidkunde, waarvan het ontstaan volgens Philipsen sterk beïnvloed is door evengenoemde kritiek.

'De gezondheidszorg toont thans door de richting waarin de kern van de geneeskunde zich heeft ontwikkeld, een dominantie van behandeling/genezing over opvoeding/zorg/verzorging/ondersteuning. Aan deze dominantie wordt in toenemende mate getwijfeld, onder meer omdat door de demografische verschuivingen omvangrijke categorieën mensen ontstaan die meer zorg dan behandeling nodig hebben over enkele decennia van hun leven. Studie van de verhouding tussen care en cure zowel toegespitst op onze huidige samenleving en gezondheidszorg als in historisch en cultureel perspectief is bij uitstek een opdracht voor sociale gezondheidkunde.'¹²

In de zorg komt zo het accent te liggen op zorgzaamheid en vertroosting, die de omgeving de patiënt kan bieden en binnen het gezondheidszorgsysteem met name de verpleegkunde.¹³ Signaleerde Van den Berg al zo'n vijftien jaar geleden, dat in de geneeskunde de technische macht de oorspronkelijke 'macht die troost, die pijn en angst wegneemt' ging overvleugelen,¹⁴ onlangs bespiegelde E.W. Roscam Abbing in een vooruitblik tot het jaar 2000 over de mogelijkheid, dat de arts zich als gevolg van de steeds groter wordende kloof tussen medisch weten en kunnen weer moet gaan toeleggen 'op zijn oudste rol, die van symptoombehandelaar, trooster en geïnteresseerde medemens'.¹⁵

In kwaliteitstermen staat nu het gezond bestaan, waaraan de zorg dienstbaar moet zijn, in het middelpunt van de belangstelling. De thematiek van de 'quality of life', die zich ook in gezondheidsrechtelijk opzicht voor boeiende beschouwingen leent, zal hier niet verder worden uitgediept, al zal zij als metafysische dimensie van de zorg een rol blijven spelen.

1.3 DIMENSIES VAN KWALITEIT

In het voorafgaande werd reeds duidelijk, dat kwaliteit een meerzinnige notie is, evenals dat met kwaliteitstoetsing het geval is. Het draagt bij tot begripsverheldering, nodig voor onze verdere beschouwingen, om te trachten hierin enige ordening aan te brengen.

Ten aanzien van *kwaliteit* kan men uit de literatuur de volgende dimensioneringen herleiden:

a. Naar kenmerken

Donabedian noemt, zoals we eerder zagen, als kenmerken van kwaliteit:

- evenwicht tussen gezondheidswinst en risico's;
- zoals ondervonden door de — volledig geïnformeerde — patiënt;
- met vermijding van nutteloze zorg;
- in een aanvaardbare kosten-batenbalans.

b. Naar componenten

De volgende componenten van kwaliteit zijn gangbaar:

- de technisch-professionele (ook wel in verband gebracht met 'kunde' of 'cure');
- de relationele of interpersonele (ook geassocieerd met 'kunst' of 'care');
- de facilitaire (in termen van kwaliteitbegunstigende of -bedreigende omgevingsfactoren).¹⁶

c. Naar aspecten

Gebruikelijk is het onderscheid naar *effectiviteit*: de doeltreffendheid waarmee de zorg geleverd wordt en *efficiency*: de doelmatigheid van de geleverde zorg,¹⁷ die overigens ook als kenmerken van kwaliteit getypeerd (kunnen) worden.

d. Naar soort zorg

Hoofdonterscheid is hier zorg, verstrekt door personen en zorg, verstrekt door instellingen. In de eerste categorie kan men differentiëren naar beroep (medisch, paramedisch, verpleegkundig, etc.) in de tweede naar soort instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc.).¹⁸

e. Naar niveau van zorg

Ook met betrekking tot kwaliteit kan men de gebruikelijke niveau-indelingen maken, zoals macro, meso, micro; landelijk, provinciaal, regionaal, gemeentelijk; interinstitutioneel, institutioneel; op het niveau van de beroepsgroep, in een team van samenwerkende beroepsbeoefenaren en in de directe dienstverleningsrelatie met de patiënt of cliënt.

De *kwali teitstoetsing* kent zo haar eigen dimensioneringen:

a. Naar doel

Men kan met toetsing verschillende oogmerken hebben, die veelal zullen samenhangen met posities in de gezondheidszorg: een kwalitatief goede behandeling (patiënten), het instandhouden van de professionele standaard (beroepsbeoefenaren), het tegengaan van onnodige kosten (financiers) of meer van deze doelen samen (overheid).¹⁹

b. Naar middelen of instrumenten

Als instrumenten voor kwaliteitsstoetsing zijn onder meer te beschouwen: nascholing, overleg, het doen functioneren van fouten- en ongeval-len(FONA)-commissies en speciale toetsingscommissies, registratie en analyse van gegevens. Reerink spreekt over *vormen* van kwaliteitsbevoorde-ring. Kwaliteitsbewakingsinstrumenten zijn voor de overheid bijvoorbeeld de wetgeving, het erkenningenbeleid en de planning.²⁰

c. Naar aard

Hieronder is zowel het onderscheid tussen preventieve en repressieve toetsing (bijvoorbeeld keuze van toetsingsonderwerpen versus klacht- of tuchtprocedures, waarvan overigens ook weer preventieve werking kan uitgaan) te vatten als dat tussen interne en externe toetsing, door bijvoorbeeld de beroepsgroep respectievelijk de overheid.

d. Naar object

Men kan volgens een aanvaarde indeling van Donabedian²¹ (structure, process, outcome) structurele of voorwaardenscheppende aspecten toetsen, procesaspecten (het professioneel handelen zelf) en het resultaat.

e. Naar criteria en methodologie

Zwanikken geeft op basis van gedegen literatuurstudie een overzicht van (soorten) criteria, op grond waarvan kan worden getoetst, waarbij ook aan de methodologische aspecten aandacht wordt besteed. Criteria zijn zo objectief mogelijk vastgestelde maatstaven voor kwaliteitsmeting. Voorbeelden zijn in de directe zorg een bepaalde bloeddruk bij hypertensiebehandeling, een bepaalde percentagevermindering aan lichaamsgewicht bij een vermageringskuur, enz. en voor de beoordeling van de deugdelijkheid van de structuur van de zorg aspecten als de samenhang, de bereikbaarheid en de (financiële) toegankelijkheid van de voorzieningen.²²

f. Naar het tijdstip van toetsing

Gangbaar is hier het onderscheid tussen prospectieve, concurrente en retrospectieve toetsing, waarbij men zich kan afvragen of het begrip 'prospectieve toetsing' niet een contradictio in terminis bevat.

g. Naar verantwoordelijkheid

Een laatste onderscheid betreft de verantwoordelijkheid voor opzet en uitvoering van de toetsing. Leenen deelt voor wat betreft toetsing in ziekenhuizen verantwoordelijkheid toe aan de patiënt, de beroepsbeoefenaars, het ziekenhuisbestuur en de overheid.²³

Kwaliteit is als een kameleon. Zij past zich aan aan zorgopvattingen en laat zich zelfs geduldig gebruiken als wapen ter rechtvaardiging van beleid en ter verdediging van tegengestelde belangen. Het raadselachtig wezen van deugdelijke gezondheidszorg, waarvan de invulling wordt geclaimd door professies en overheid, laat de patiënt in vragende verwarring achter.

2. KWALITEIT GEZONDHEIDSRECHTELIJK BEZIEN

2.1 KWALITEITSNORMEN IN EN BUITEN DE WET

Thans is het moment gekomen om kwaliteit van zorg aan een gezondheidsrechtelijke analyse te onderwerpen. We kunnen daartoe nagaan of het recht expliciete maatstaven bevat om deugdelijkheid van zorg te meten. Wij moeten ons dan realiseren, dat het recht primair denkt in termen van rechtvaardigheid, rechtsgelijkheid en rechtszekerheid, die op hun beurt kunnen worden vertaald in rechtmatigheid en onrechtmatigheid. Deze begrippen worden overigens in toenemende mate mede door maatschappelijke opvattingen bepaald.

Rechtsnormen zijn in rechtsregels vastgelegde *gedragsnormen* en hebben derhalve betrekking op handelen of nalaten van personen, of dit nu natuurlijke personen of rechtspersonen zijn. Rechtssubjecten kunnen rechten hebben, waarop inbreuk kan worden gemaakt en plichten, die veronachtzaamd kunnen worden.

Ook gezondheidszorg is met juristenoog gezien steeds op enigerlei wijze handelen of nalaten van (rechts)personen. Bij vermeende ondeugdelijkheid daarvan staan verschillende mogelijkheden open. Als terzake van de zorg een overeenkomst is gesloten, kan men op basis daarvan ondeugdelijkheid in rechte aanvechten en pogen om alsnog deugdelijke nakoming te bewerkstelligen of de overeenkomst te doen ontbinden, al dan niet met vordering van schadevergoeding. Bij gebreke van een overeenkomst staat een actie uit onrechtmatige daad ter beschikking. In de context van de gezondheidszorg is daarvan sprake in geval van handelen of nalaten, waarmee een hulpverlener, een instelling, een overheidsinstantie inbreuk maakt op de rechten van de patiënt, in strijd komt met een hem/haar rechtens opgelegde plicht of indruist tegen de goede zeden of de maatschappelijke zorgvuldigheid. Onmiddellijk moet daaraan worden toegevoegd, dat de rechtsvinding het in

kwaliteitskwesities vaak niet gemakkelijk zal hebben. Noch de patiënten-rechten, noch de beroepsplichten van hulpverleners zijn zodanig in de wet verankerd, dat de (burgerlijke) rechter een gereed toetsingskader voorhanden heeft. Direct op de inhoudelijke zorgverlening betrokken maatstaven bevat de wetgeving evenmin. Zij regelt, zoals Van der Mijn aangeeft, op dit moment de *bevoegdheid* tot beroepsuitoefening en kan, als de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) in de thans voorgestelde vorm in werking zou treden, kwaliteitseisen stellen in de voorwaardenscheppende sfeer (outillage, registratie, deelname aan toetsing en nascholing).²⁴ Dan is er nog de Medische Tuchtwet, die echter niet primair bedoeld is om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, maar die van de professies en die overigens uit kwaliteitsoogpunt wel heel vage normen bevat.²⁵

Wij zullen het dus moeten zoeken in andere maatstaven en komen dan terecht bij beroepsnormen of -plichten. Dergelijke normen zijn er voor alle beroepen in de gezondheidszorg, maar voor de artsen zijn zij het verst ontwikkeld. Criteria zijn dat zij volgen uit de aard van het beroep en binnen de beroepsgroep als normen zijn erkend. De zeven belangrijkste normen voor artsen noemt Van der Mijn de volgende:

- de arts dient zich te houden aan de grenzen van zijn kennen en kunnen;
- hij dient te handelen volgens de regelen der kunst;
- hij dient primair te handelen in het belang van de patiënt;
- hij dient te handelen in overeenstemming met de geldende ethiek;
- hij dient rekening te houden met de belangen van de samenleving;
- hij dient rekening te houden met de belangen van instellingen, waarbinnen hij werkzaam is;
- hij dient het oordeel van degenen die met hem samenwerken ernstig te nemen.²⁶

Al deze normen zijn terug te vinden in de 'Gedragsregels voor artsen' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), die naar de titelpagina leert gebaseerd zijn op datgene wat door de medische professie verstaan wordt onder *zorgvuldig* handelen, de beroepsuitoefening in ruime zin betreffende. Op de keper beschouwd trekken deze gedragsregels vicieuze circels: de arts zal elke patiënt de meest adequate behandeling verstrekken, zoals deze onder zijn beroepsgenoten gebruikelijk is; binnen de normen die bij de beroepsuitoefening gelden is de arts

verantwoordelijk voor de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding; de arts zal zijn patiënten naar beste vermogen behandelen, adviseren en begeleiden.²⁷ De norm is, wat de arts als norm aanvaardt!

Met Leenen zijn drie categorieën van *beroepslichten* te onderscheiden: het zorgvuldig volgens de vaktechnische standaard handelen als een gemiddeld bekwaam collega van gelijke beroepscategorie in gelijke omstandigheden zou doen met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel; voorts het in acht nemen van de rechten van de patiënt en van maatschappelijke normen.²⁸ Bij elk van deze categorieën volgen hieronder enkele kanttekeningen.

2.2 DE VAKTECHNISCHE STANDAARD

Een eerste criterium voor deugdelijkheid is dat wordt beantwoord aan de vaktechnische standaard. Probleem is ook hier, dat deze niet voor alle vormen van toegepast professioneel handelen geobjectiveerd beschreven is. Dit is ook onmogelijk, omdat aan elk professioneel handelen onzekerheid inherent is. Als men 'de medische standaard' omschrijft als 'de op grond van wetenschap en ervaring aangewezen wijze van medisch handelen in het concrete geval'²⁹ en men onderkent dat deze meer dan één methode van diagnose en behandeling kan omvatten, dan nog is het mede van persoonsgebonden en omgevingsfactoren afhankelijk of het gewenste resultaat wordt bereikt. Daarbij komt, dat de medische wetenschap zich steeds ontwikkelt en dat dagelijks nieuwe ervaring wordt opgedaan. Het recht kan bij dit alles niet verder gaan dan marginaal te toetsen: vast te stellen of de behandelaar in redelijkheid tot zijn beslissing had kunnen komen.

Voor handelen in de medische sfeer kan de jurist, in het bijzonder de rechter die tot toetsing van dit handelen wordt geroepen, baat hebben bij de *medische besliskunde* en de *protocollaire geneeskunde* of *protocollaire gezondheidszorg*.

De *medische besliskunde*, hier te lande o.a. geprogageerd door Sturmans c.s. en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) — een door de medische professie en het ziekenhuiswezen in 1979 in het leven

geroepen landelijk begeleidingsorgaan voor toetsing in algemene ziekenhuizen — is een *techniek* waarmee men beslissingen in het diagnostisch en therapeutisch proces op een rationele manier kan onderbouwen, gebruikmakend van zgn. beslisbomen, gegevens uit de biostatistiek, epidemiologie, consensusverslagen e.d.

Uitgegaan wordt van opties of keuze-varianten, mogelijke consequenties en een benadering van daaraan toe te kennen waarden in termen van 'gezondheidswinst' of kosten. Naarmate men erin slaagt om in deze waardebepaling ook de opvatting van de patiënt over de kwaliteit van zijn leven te verdisconteren, zal dit betekenen dat de patiënt zelf meer bij de beslissing wordt betrokken.³⁰

Protocollaire geneeskunde, o.a. bepleit door Greep en Van der Heyde³¹, heeft niet zozeer betrekking op de techniek van het beslissen, maar behelst het opstellen van protocollen, *behandelingsadviezen*, bijvoorbeeld door de wetenschappelijke verenigingen. De adviezen, primair gericht op kwaliteitsbevordering maar ook bruikbaar voor kostenbeheersing, laten de beroepsbeoefenaar ruimte voor eigen beslissingen, mits deze de toets der huidige wetenschappelijke kritiek kunnen doorstaan. Protocollen, moet men zich voorstellen als schema's (met een moeilijk woord ook wel 'algorithmen' genoemd) waarin stap voor stap wordt aangegeven wat men bij onderzoek en behandeling van een bepaald symptomencomplex zo al kan doen of nalaten. De toelichting op de Volksgezondheidsbegroting 1983 gewaagt in één adem met kwaliteitsbevordering van *protocollaire gezondheidszorg*. 'Protocollen', zo heet het, 'kunnen ook worden ontwikkeld met betrekking tot de beslissprocedures voor het inschakelen van de verschillende vormen van gezondheidszorg, zoals de eerste lijn, het ziekenhuis en het verpleeghuiswezen (verwijsproblematiek). Daarmee wordt onderstreept, dat de ontwikkeling van protocollen de geneeskunde in engere zin te boven gaat en van belang is voor de gehele gezondheidszorg'.³² Veelbetekenend wordt vervolgens geconstateerd, dat kwaliteitsbevordering weliswaar het belangrijkste doel is van het stimuleren van de protocollaire gezondheidszorg, maar dat zij tevens een middel biedt om — de bezuinigingsintentie wordt subtiel aangegeven — 'de juiste balans te vinden tussen een interventie en de daarbij optredende kosten'.³³

Protocollering kan gemakkelijk leiden tot standaardisering. De gevaarlijke kanten daarvan mogen niet worden onderschat. Eliminatie van het 'artistieke' in de geneeskunst reduceert de geneeskunde tot gereguleerde, ongeïnspireerde en middelmatige zorg. Het handelen van beroepsbeoefenaren wordt geprogrammeerd en gebureaucratiseerd: de Professional Standard Review Organization (PSRO) in de Verenigde Staten — een wettelijk voorgeschreven vorm van toetsing — illustreert volgens menig auteur vooral de onaangename kanten daarvan.

Standaardisering kan ook specialisatie en verkokering in de hand werken. Dit kan weer leiden tot desintegratie, het op de voorgrond dringen van specialistenbelangen en risico's van technocratische benadering, dit alles tot schade van de patiënt.³⁴

De conclusie mag zijn, dat standaardisering van zorg, ook vanuit het belang van de patiënt, met de nodige voorzichtigheid moet worden benaderd. De nadruk moet naar mijn mening gelegd worden op de medische besliskunde, niet alleen omdat daarbij de techniek van het beslissen voorop staat, maar meer nog omdat de visie van de patiënt in het besluitvormingsproces kan worden geïntegreerd. Het metafysisch karakter van deugdelijkheid van zorg, die eigenlijk draait om kwaliteit van het bestaan, komt daarin nog eens tot uitdrukking.

2.3 NORMEN ONTLEEND AAN DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

Als het gaat om normen ontleend aan de rechten van de patiënt komen met name de informatie, de toestemming, de weigering van de behandeling en de vertrouwelijkheid rondom de gegevens van de patiënt aan de orde. De specifieke normen, verband houdend met medische experimenten blijven buiten beschouwing, omdat het kenmerk daarvan is dat deze niet te rekenen zijn tot de 'normale' zorg, maar juist de aanvaardbaarheid en toepasselijkheid van diagnostiek en behandeling beogen te onderzoeken. Het klachtrecht komt als prikkel tot repressieve kwaliteitstoetsing hierna ter sprake.

Leenen snijdt in verband met de standaardisering van zorg de principiële vraag aan, of deze zich verdraagt met het vrije keuzerecht van de patiënt. Dit

recht wordt doorgaans vertaald als vrijheid van keuze van hulpverlener, maar Leenen vat daar ook de vrijheid in de keuze van therapie onder. Dit is juist, als men de rechten van de patiënt om op basis van passende informatie toestemming tot de behandeling te verlenen en om een (eenmaal gestarte) behandeling te weigeren mede in aanmerking neemt. 'De professionele deskundigheid van de hulpverlener bevat geen autonoom behandelingsrecht'. De keuzevrijheid van de patiënt kent twee beperkingen:

- de vaktechnische standaard: hij kan van de hulpverlener niet een behandeling vergen, die daarmee niet in overeenstemming is;
- de praktische categorie van de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van voorzieningen.³⁵

Deze opvatting legt een spanning bloot met de zgn. therapeutische vrijheid van de hulpverlener. Ter bescherming van deze vrijheid — tegen inbreuken door derden, met name de wetgever — beroept Van der Mijn ³⁶ zich op de keuzevrijheid van de *patiënt*, zonder aan te geven in hoeverre juist dit patiëntenrecht de therapeutische vrijheid van de hulpverlener beperkt. In theorie kan deze beperking ver gaan: de hulpverlener moet de professioneel (medisch, paramedisch, etc.) verantwoorde behandeling, die de patiënt prefereert toepassen, tenzij hij dit met zijn beroeps-ethische opvattingen niet in overeenstemming kan brengen en hij zich ervan overtuigd heeft dat professionele hulp door een collega kan en ook tijdig zal worden gegeven.³⁷ Voor artsen stipuleren de Gedragsregels evenwel, dat zij vrij zijn in en persoonlijk verantwoordelijk voor de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding ten behoeve van de patiënt. De oplossing is 'dat de therapeutische vrijheid een vrijheid is, die verwezenlijkt wordt door de hulpvrager en de hulpverlener gezamenlijk' (Leenen), waarbij deze laatste zijn beslissing altijd zal moeten kunnen verantwoorden.

Zo beschouwd kan de kwaliteit van de zorg in belangrijke mate door de patiënt worden beïnvloed. Dit hoeft geen verwondering te wekken: de zorg is niet een op zichzelf staande 'kunst' van de hulpverlener, maar dient de belangen van de patiënt. Deze heeft, als hij eenmaal een contractuele relatie heeft aangegaan van zijn kant overigens ook plichten jegens de hulpverlener. Hij zal diens deskundigheid moeten voeden met juiste en volledige informatie en moeten respecteren door aan een eenmaal ingestelde behandeling mee te werken, tenzij hij goede redenen heeft om dit na te laten.

Nu wij in feite spreken over de wederzijdse rechten en plichten van patiënt en hulpverlener in de directe hulpverleningsrelatie, mag nog eens worden herhaald wat Rang³⁸ reeds ruim tien jaar geleden heeft bepleit: de hulpverleningsovereenkomst als bijzonder contract in het Burgerlijk Wetboek te doen regelen. Een dergelijke regeling zou de rechten én de plichten van zowel patiënt als hulpverlener moeten betreffen. Niet kan worden volstaan met publiekrechtelijke regeling van patiëntenrechten in de vorm van kwaliteitseisen, te stellen aan instellingen van gezondheidszorg³⁹, hoe belangrijk dit in de voorwaardenscheppende sfeer ook is. De eigenlijke informatie, toestemming, omgang met medische gegevens spelen zich immers af in de privaatrechtelijke relatie tussen patiënt en hulpverlener.

Deze zienswijze had ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid toen deze — als het ware bij wijze van afscheidsgeschenk voor zijn metamorfose tot Nationale Raad — in november vorig jaar advies uitbracht inzake de kernbepalingen voor de regeling van de relatie tussen patiënt en arts. De Raad beveelt aan om eerst te bevorderen, dat organisaties van hulpverleners en patiënten model-overeenkomsten zullen uitwerken. Laat dat te lang op zich wachten dan 'zou naar de mening van de Raad alsnog moeten worden overwogen, hetzij gebruik te maken van de mogelijkheid tot het opstellen van standaardregelingen conform boek 6 van het ontwerp Nieuw Burgerlijk Wetboek, hetzij een uitgewerkte regeling van de overeenkomst tussen patiënt en hulpverlener als bijzondere overeenkomst in het Burgerlijk Wetboek op te nemen'.⁴⁰

Tegen modelovereenkomsten pleit hun niet verbindend karakter. Bij een standaardregeling (art. 6.5.1.2. NBW) heeft de wetgever gedacht aan additionele regelingen *boven* een van de bijzondere overeenkomsten, die per bedrijfstak worden getroffen en dan ook betrekking hebben op een in het kader van bepaalde *bedrijfsuitoefening* gebruikelijke activiteit.⁴¹ Zou men hulpverlening in de gezondheidszorg al kunnen beschouwen als de uitoefening van een bedrijf in juridische zin, dan nog blijft als bezwaar voor benutting van de standaardregeling voor hulpverleningsovereenkomsten, dat zij per definitie *aanvullend recht* bevat, dat wil zeggen, dat partijen daarvan te allen tijde kunnen afwijken. Naar mijn mening blijft daarom dwingendrechtelijke regeling onder de bijzondere overeenkomsten de voorkeur houden, juist vanwege de kwetsbare positie die de patiënt in zijn relatie met de hulpverlener hoe dan ook heeft.

2.4 MAATSCHAPPELIJKE NORMEN

Onder de categorie maatschappelijke normen kunnen wij vatten normen, die niet rechtstreeks voortvloeien uit de beroepsuitoefening enerzijds en de patiëntenrechten anderzijds. Zij dienen iets van een maatschappelijk of algemeen belang uit te drukken. Hier springt de overheid als hoedster van zulke belangen in het oog, meer in het bijzonder in haar gedaante van wetgever, die immers algemene normen in wettelijke regels vastlegt. Nu is het ondoenlijk om in zo kort bestek alles wat in de gezondheidszorgwetgeving als kwaliteitsnorm kan gelden de revue te laten passeren, ook als wij in de context van deze beschouwingen zouden volstaan met zichtbaar te maken, welke maatschappelijke plichten beroepsbeoefenaren daaraan zouden ontlelen. We zouden dan ten naaste bij de gehele wetgeving moeten behandelen, want uiteenlopende voorschriften betreffende de bescherming van gezondheid, hygiëne, veiligheid en milieu, betreffende de beroepsuitoefening, betreffende de geneesmiddelenvoorziening, betreffende de organisatie en planning en betreffende de bekostiging van gezondheidszorgvoorzieningen bevatten alle — in ieder geval impliciete — kwaliteitsnormen.⁴² Een enkele opmerking slechts over de structuur van de voorzieningen, die immers op de directe hulpverlening van bepalende invloed is.

De maatschappelijke dimensie van kwaliteit manifesteert zich met name in de deugdelijkheid van het stelsel van voorzieningen. De Structuurnota Gezondheidszorg heeft wat dat betreft weinig aan duidelijkheid te wensen overgelaten. Zij heeft ook de toetsingscriteria geleverd: er moest immers een samenhangend en doelmatig stelsel van voorzieningen komen, waarvan de geografische bereikbaarheid en de financiële toegankelijkheid belangrijke kenmerken zouden dienen te zijn.⁴³ De geografische bereikbaarheid wordt thans ten dele bestreken door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en zal in de toekomst in hoofdzaak het domein zijn van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. De financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen wordt geregeld in het wettelijk ziektekostensysteem via de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. H. Roscam Abbing heeft onlangs beschreven, dat het kwaliteitsaspect in deze wetgeving is gelegen in de erkenningsregeling voor instellingen van gezondheidszorg, die enerzijds de patiënt een waarborg biedt, dat de zorg op kwalitatief verantwoorde wijze wordt verleend, terwijl zij anderzijds mede de inhoud

en de omvang van het recht op gezondheidszorg tot uitdrukking brengt, welke beide aspecten van dat recht worden begrensd door de financiële haalbaarheid.⁴⁴

De erkenningseisen hebben overigens ook rechtstreeks betrekking op de directe zorgverlening. Zo bepaalt het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen⁴⁵ onder andere, dat het strafreglement in ziekenhuizen nadere voorschriften dient te bevatten ten aanzien van het medisch-organisatorisch handelen en ten aanzien van de kwaliteitsbewaking⁴⁶, en dat evenzo voorschriften moeten worden gesteld ten aanzien van de kwaliteitsbewaking in de paramedische, medisch-assisterende en verpleegkundige diensten. Het is de bedoeling, dat in de toekomst de erkenningsregeling onder de vigeur van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg gaat werken. Een afzonderlijk hoofdstuk is daarin aan kwaliteit gewijd; niet voldoen aan de kwaliteitseisen kan grond opleveren voor weigering of intrekking van de erkenning.⁴⁷

De kwaliteitsnormen voor instellingen zullen behalve op de patiëntenrechten ook betrekking hebben op het democratisch functioneren. Ter bevordering van dit laatste zullen eisen worden gesteld met betrekking tot de evenwichtige vertegenwoordiging van belanghebbenden in het bestuur, spreiding van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, openheid bij de werving van bestuursleden, openbare verslaglegging en openbaarheid van vergaderingen en documenten alsmede bescherming van de belangen van de gebruiker. Met deze onderwerpen wordt vrij nauwkeurig het rapport van de Commissie-Van der Burg en het regeringsstandpunt daaromtrent gevolgd.⁴⁸ Te hopen is, dat de komende algemene maatregel van bestuur niet alleen zal inspireren tot democratisering van de bestuurlijke top van instellingen, maar dat zij ook prikkels zal bevatten voor verdere interne democratisering, waarvan zowel patiënten als medewerkers meer rechtstreeks profijt zullen trekken.⁴⁹

3. TOETSING EN VERBETERING VAN KWALITEIT

3.1 KWALITEITSTOETSING

Het laatste deel van onze beschouwingen is gewijd aan kwaliteitstoetsing. Handhaving en verbetering van kwaliteit van gezondheidszorg is alleen maar mogelijk als men deze regelmatig en systematisch toetst. De zeventiger jaren zijn te kenschetsen als het decennium, waarin kwaliteitsbesef in onze gezondheidszorg wortel heeft geschoten en waarin voor de organisatie en begeleiding van toetsing de eerste degelijke fundamenteën zijn gelegd. De medische specialisten beten de spits af. Door de Landelijke Specialistenvereniging (LSV) in 1973 geëntameerde studies leidden tot publikatie van het rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' in 1976, dat op zijn beurt de aanzet vormde tot de oprichting in 1979 van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), dat tot doel heeft 'het stimuleren en begeleiden van de op bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen gerichte activiteiten in de Nederlandse ziekenhuizen'.

Iets later dan de LSV begon het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) met de instelling van een werkgroep (1974), onder wier auspiciën in 1979 een lijvig literatuuroverzicht en een methodologiestudie het licht zagen, in 1980 gevolgd door het rapport 'Toetsing in de huisartsgeneeskunde'. Na de 'medical audit' deed het begrip 'hospital audit' zijn intrede en een speurtocht binnen (deel)specialisaties en binnen andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg zal ongetwijfeld sporen van ontluikend kwaliteitsdenken aan het licht brengen.⁵⁰

Kwaliteitsbevordering behoort tot het wezen van professioneel handelen. Zij dient, zoals Reerink aangeeft, verschillende doelen. 'De verbetering van de zorg voor de patiënt kan worden aangevuld met educatie en daardoor gedragsverandering bij de zorgverleners, het aangeven van aandachtsgebieden voor klinisch onderzoek en voor onderzoek en ontwikkeling van de

gezondheidszorg, een terugkoppeling naar het ziekenhuismanagement, een verantwoording afleggen voor een juist en prudent gebruik van ter beschikking staande middelen, en een verbeterd contact tussen zorgverleners, vaak dwars door professionele barrières heen'.⁵¹

Voor een verhandeling over voorwaarden voor, opzet van en methoden betreffende toetsing is het hier niet de plaats. Niet dat de gezondheidsjurist daarin geen belang stelt, maar deze onderwerpen zijn en worden al uitvoerig en deskundig beschreven en verdienen meer ruimte dan thans beschikbaar is.⁵² Onze aandacht spitst zich toe op de totale organisatie van de toetsing om te proberen in de bonte veelvormigheid van individuen, instanties en instrumenten ordening en samenhang te brengen.

3.2 VORMEN VAN TOETSING

De Nota Kwaliteitsbewaking, die de toenmalige staatssecretaris Veder-Smit in 1980 aan de Tweede Kamer aanbood tracht een overzicht te geven van diverse vormen van kwaliteitstoetsing — in de meest ruime zin van het woord — die wij thans in Nederland kennen.⁵³ De hierna volgende samenvatting daarvan laat zien, dat de Nota in systematiek niet haar kracht heeft gezocht.

Onderscheid wordt gemaakt tussen interne en externe toetsing. Interne toetsing wordt door beroepsbeoefenaren of instellingen zelf verricht: binnen een medische staf (intercollegiale toetsing), binnen een ziekenhuis (toetsing aangewende middelen) of binnen een categorie van instellingen (interinstitutionele toetsing). Externe of maatschappelijke toetsing vindt van buitenaf plaats, bijvoorbeeld door het Staatstoezicht of door de financiers van de gezondheidszorg. Ook in de extramurale zorg dient toetsing te worden bevorderd, bijvoorbeeld in samenwerkingsverbanden. Andere middelen zijn daar supervisie en consultatie. Verder zijn in het algemeen na- en bijscholing als kwaliteitsbewakingsactiviteiten aan te merken. Van deels interne en deels externe aard is kwaliteitsbewaking via het tuchtrecht. Aan de kant van de patiënt noemt de Nota de onafhankelijke klachtenbehandeling, o.a. met patiëntenvertrouwenspersonen in de geestelijke gezondheidszorg alsmede het informatie- en toestemmingsrecht. Een verband wordt voorts gelegd met ethiekcommissies. Verder is er het gestructureerd overleg tussen ziekenhuizen, medische staven en ziekenfondsen. De invloed van de

gebruiker wordt in toenemende mate merkbaar; belangrijk zijn in dit verband ook patiëntenvoorlichting en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Als instrumenten, die de overheid ten behoeve van kwaliteitsbewaking ten dienste staan noemt de Nota Kwaliteitsbewaking: wetgeving, erkenningen-beleid, regeling van de opleidingen, planning, het laten verrichten van wetenschappelijk onderzoek en de betrokkenheid bij informatievoorziening en automatisering. Een bijzondere plaats neemt het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in, die 'tegelijk gezien (kan) worden als instrument en als hanteerder van instrumenten'.

Uitvoerig is de Nota over intercollegiale toetsing en over toetsing in ziekenhuizen, waarvoor in de Verenigde Staten begrippen als 'utilization review' en 'hospital audit' worden gehanteerd. Voor de Nederlandse context wordt één begrip aanbevolen: *toetsing aangewende middelen* (TAM). Deze betreft primair de doelmatigheid van ziekenhuisfaciliteiten, de dienstverlening en de organisatie waarbinnen deze wordt geleverd. In zoverre zij betrekking heeft op de economische kant van het ziekenhuisgebeuren kan zij goeddeels gelden als complementair aan de intercollegiale toetsing, waarbij — aldus de Nota — primair de doeltreffendheid van het handelen voorop staat. 'Bij de TAM dienen in principe alle werkers in het ziekenhuis te worden betrokken waarbij ieder vanuit zijn eigen werk de nodige deskundigheid kan inbrengen bij het toetsingsproces'. De Nota gewaagt van TAM-commissies per ziekenhuis (te stimuleren via opnemings- en de erkenningsnormen) en een CBO-achtig landelijk orgaan voor begeleiding, stimulering, coördinatie en eventueel het uitwerken van landelijke criteria.

Opmerking verdient, dat voor het bevorderen van een dergelijke 'hospital audit' inmiddels ook een wettelijke basis aanwezig is. Het kwaliteitshoofdstuk van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg bepaalt dat behalve ten aanzien van patiëntenrechten en het democratisch functioneren ook kwaliteitseisen zullen worden gesteld betrekking hebbend 'op de benodigde personele bezetting en materiële middelen en de zorg voor hygiëne en veiligheid, alsmede op de zorg voor het goed en doelmatig functioneren'. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de bepaling, dat bij algemene maatregel van bestuur regelen kunnen worden vastgesteld, 'strekken tot een regelmatige toetsing aan de overeenkomstig de voorgaande artikelen van dit hoofdstuk gestelde eisen'.⁵⁴

3.3 NIEUWE IDEEËN

Voorafgaand aan onze poging om één samenhangende kwaliteitstoetsingsorganisatie te schetsen, moet nog een tweetal nieuwe ideeën op het terrein van de toetsing de revue passeren.

Kwaliteitskringen

Hoekstra en Verzellenberg⁵⁵ hebben het verschijnsel kwaliteitskringen in de Nederlandse gezondheidszorg geïntroduceerd. In navolging van Williamson⁵⁶ maken zij onderscheid tussen de inductieve en deductieve methode van kwaliteitsbewaking. De inductieve methode is gebaseerd op het toepassen van criteria bij het toetsen van de structuur, het proces en het resultaat van de zorgverlening; bij de deductieve methode worden de oorzaken onderzocht van negatieve resultaten van het zorgproces. Kwaliteitskringen, afkomstig uit de Japanse industrie, lenen zich voor dit laatste bij uitstek.

Vertaald naar onze gezondheidszorg gaat het om kleine, direct bij het zorgproces betrokken interdisciplinaire eenheden, die op basis van vrijwilligheid regelmatig aan methodisch-gestructureerde evaluatie van het zorgproces doen. Een zorg-inhoudelijke parallel van het werkoverleg, zou men kunnen zeggen, of ook: probleem-georiënteerd werken in kleine groepen, waarop voor het onderwijs in Nederland de Rijksuniversiteit Limburg patent heeft. Hoewel in oorsprong gedacht voor instellingen, kunnen kwaliteitskringen mijns inziens ook in de extramurale gezondheidszorg worden toegepast.

Hoekstra en Verzellenberg geven de volgende voordelen aan:

- brede betrokkenheid van gezondheidszorgwerkers bij kwaliteitstoetsing;
- verbetering van de kwaliteit, de motivatie en de arbeidsvreugde;
- bevordering van de continuïteit van het kwaliteitsbewakingsproces.

Daaraan kan in ieder geval nog het argument worden toegevoegd, dat aldus zo dicht mogelijk bij de zorg op interdisciplinaire basis regelmatig wordt geëvalueerd. Hoekstra en Verzellenberg leggen sterk de nadruk op de methodische kant en noemen als voorwaarden voor succesvolle invoering

onder andere vrijwilligheid, zelfstandigheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid, acceptatie van hogerhand en deugdelijke inhoudelijke ondersteuning.

Het lijkt goed hier op te merken, dat dit systeem allerm minst in de plaats beoogt te komen van intercollegiale toetsing; integendeel, het kan eraan dienstbaar zijn. In feite zijn kwaliteitskringen — voor zover in het ziekenhuis toegepast — te beschouwen als een vorm of instrument van 'hospital audit'. Bepleitte de Nota Kwaliteitsbewaking niet inschakeling van alle werkers bij de toetsing aangewende middelen, als complementair aan de intercollegiale toetsing? Wellicht vormt dergelijke interdisciplinaire samenwerking aan de basis een prikkel om ook voor andere professies en disciplines dan de artsen intercollegiale toetsing op te zetten.

Toetsing Passend Aanbod Voorzieningen (TPAV)

Georganiseerde toetsing van de effectiviteit en de efficiency van de structuur van de gezondheidszorg, in de Verenigde Staten 'Appropriateness Review (AR)' genoemd, mag evenzeer van de overheid en de voorzieningen worden verwacht als dezen van de beroepsbeoefenaren toetsing van het professioneel handelen vergen. De term 'Toetsing Passend Aanbod Voorzieningen (TPAV)' is door Burkens⁵⁷ in ons land geïntroduceerd. De oogmerken van de Amerikaanse structuurtoetsing — passen de voorzieningen binnen een plan en functioneren zij deugdelijk — zijn ons allerm minst vreemd: met het erkenningenbeleid en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, culminerend in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, wil men niet anders. Nieuw is, dat het gaat om een *gestructureerde vorm van toetsing* op bij voorkeur *regionaal niveau*, waarbij aan de *operationaliteit* grote aandacht is besteed. De beloften van onze nieuwe structuurwetgeving — in sommige ogen hersenschimmen of schrikbeelden — zullen (ook) op dit punt in concrete en bruikbare procedures moeten worden vertaald. Een verdienstelijke vingeroefening heeft de overheid in samenwerking met het gezondheidszorgveld overigens reeds gedaan: de nota 'Evaluatie Proefregio's Volksgezondheid' beschrijft een aansprekelijke werkwijze en bevat een aardige aanzet voor een gedifferentieerd toetsingskader.⁵⁸

3.4 NAAR EEN SAMENHANGENDE KWALITEITSTOETSINGSORGANISATIE

De Nota Kwaliteitsbewaking maakt terzake van kwaliteitstoetsing- en bewaking geen ander onderscheid dan tussen interne en externe toetsing en tussen beroepsbeoefenaren en instellingen. Daarmee lopen nogal wat zaken door elkaar. Intercollegiale toetsing is van een heel andere orde dan bijvoorbeeld het tuchtrecht of gezondheidsvoorlichting- en opvoeding. Zo ook zijn overlegstructuren tussen medische staven, ziekenhuizen en ziekenfondsen naast de zgn. interinstitutionele toetsing volstrekt verschillend van het erkenningenbeleid of de planning.

Een voorstel tot ordening zou er als volgt uit kunnen zien. Onderscheid kan worden gemaakt tussen de toetsingsorganisatie zelf, het toezicht op de toetsing, de bewaking ervan, de rol van de overheden en overige kwaliteitsbevorderende elementen.

De toetsingsorganisatie zelf

Hiertoe zijn te rekenen:

- a. Directe toetsingsactiviteiten, zoals intercollegiale toetsing, toetsing aangewende middelen en interinstitutionele toetsing;
- b. begeleiding en coördinatie van directe toetsingsactiviteiten, zoals die bijvoorbeeld door het CBO gestalte krijgt;
- c. de organisatie van het 'toetsingsmilieu', dat wil zeggen de samenhang tussen de instanties in de gezondheidszorg die door middel van rapportage en advies bij de directe toetsing worden betrokken.

Het toezicht

Afzonderlijke situering verdient het toezicht op de kwaliteitstoetsing, dat van nature in handen ligt van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de regionale inspecties.

De bewaking

Als onder 'bewaking' kan worden verstaan het ingrijpen als grenzen overtreden (dreigen te) worden, dan zijn het optreden van patiëntenvertrouwenspersonen, fouten- en ongevallencommissies, klacht- en tuchtmechanismen en de rechtspraak daarvoor geëigende instrumenten.

De rol van overheden

De rol van de nationale, provinciale en gemeentelijke overheid bepaalt zich in deze indeling tot beleid en zonodig wetgeving. Men denke daarbij primair aan het erkenningenbeleid en de planning van voorzieningen, waarmee andere invloeden en betrokkenheden niet worden uitgesloten.

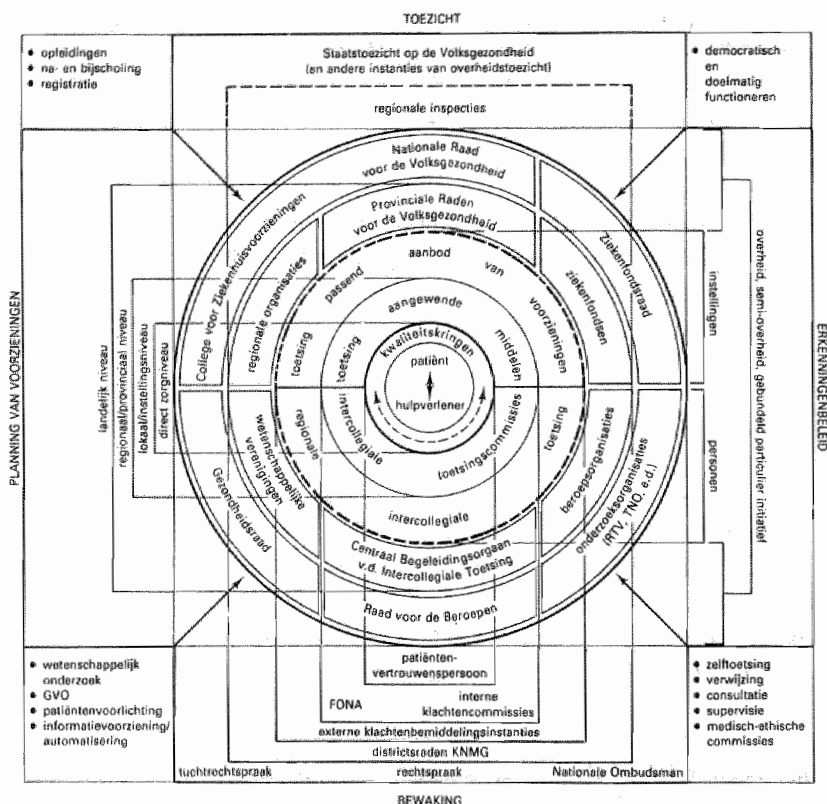
Overige kwaliteitsbevorderende elementen

Onder deze categorie wordt een diversiteit van activiteiten gevat, die op enigerlei wijze met kwaliteit en de toetsing, bewaking of verbetering daarvan verband houden. Men kan hierbij denken aan zulke verschillende zaken als wetenschappelijk onderzoek, registratie van beroepsbeoefenaren, verwijzing door huisartsen naar specialisten en het democratisch en doelmatig functioneren van instellingen, dat in de WVG ook als kwaliteitsaspect is bestempeld.

Natuurlijk is een indeling als deze nooit sluitend te maken: daarvoor zijn kwaliteitstoetsing, -bewaking en -verbetering té complex en is ons gezondheidszorgstelsel te ingewikkeld.

Niettemin lijkt het ons verantwoord om haar te gebruiken om alle actoren en activiteiten, die in dit verband enigerlei rol is toebedeeld, in één schema samen te brengen (zie schema op blz. 30). Het doel daarvan is om ordening te brengen in en de samenhang zichtbaar te maken tussen al die actoren en activiteiten, om zo al degenen die met kwaliteit van zorg van doen hebben te stimuleren tot (verdere) bewustwording van hun rol in dezen, hen te inspireren om toetsing gestalte te geven waar deze tot nog toe achterwege bleef en hen te inspireren tot het ontwikkelen van zodanige procedures, dat

met een minimum aan bureaucratie een maximum aan kwaliteitswinst kan worden geboekt.



Bij het schema nog een enkele opmerking. De kern ervan wordt gevormd door de toetsing zelf, met de patiënt en de hulpverlener in het middelpunt, omringd door kwaliteitskringen en aan de kant van de beroepsbeoefenaren intercollegiale toetsingscommissies en aan de kant van de instellingen de toetsing van aangewende middelen. Deze tweedeling zet zich voort op het regionale niveau in de intercollegiale toetsing enerzijds en de interinstitutionele toetsing anderzijds.

onale toetsing en de toetsing van passend aanbod van voorzieningen anderzijds.

De ringen daaromheen geven op regionaal/provinciaal en landelijk niveau de instanties en organisaties aan, die veelal direct met kwaliteitstoetsing te maken hebben. Hun rollen variëren van begeleiding (bijv. het CBO) tot het ontwikkelen, beoordelen en iken van normen (bijv. de Gezondheidsraad, wetenschappelijke verenigingen, onderzoeksorganisaties). De beleidsadviesorganen (waaronder ook de Raad voor de Beroepen is gerangschikt, zoals die in het voorontwerp BIG is voorzien) paren kwaliteitstoetsing aan de beoordeling van de toetsingsarbeid van beroepsbeoefenaren en instellingen en aan het bevorderen van vastlegging en uitwerking van kwaliteitsnormen en toetsingsvoorschriften in regelgeving en beleid.

De overheid is in het schema gefragmenteerd en in verschillende gedaanten weergegeven, zoals zij in de werkelijkheid ook overkomt. Aard en intensiteit van haar bemoeienis variëren dienovereenkomstig.

De vier kwadranten in de uithoeken van het schema herbergen totaal verschillende aangelegenheden en activiteiten, die met kwaliteit in verband worden gebracht. Bij de plaatsing ervan is wel naar een zekere samenhang gestreefd, maar strikt logisch is de indeling niet te verdedigen.

Dat kwaliteit onze gehele gezondheidszorg in al haar vezels beheerst wordt uit dit overzicht wel duidelijk. Het gezondheidsrecht houdt zich op zijn manier met deze thematiek in al haar dimensies over de volle breedte bezig en kan dus ook dienstbaar zijn aan verbetering van kwaliteit. Door middel van het onderwijs kan kwaliteitsbesef degenen, die in de toekomst hun werkring in de gezondheidszorg hopen te vinden, als het ware met de melk van de Alma Mater worden ingegeven. Aanstaaende artsen en sociaalgezondheidkundigen in al hun variëteiten en ook geïnteresseerde juristen dienen hoe dan ook vertrouwd te raken met de noodzaak en mogelijkheden van toetsing en verbetering van deugdelijkheid van gezondheidszorg. Ons wetenschappelijk onderzoek beoogt expliciet en impliciet de kwaliteit te dienen. Niet voor niets bevat het onderzoeksprogramma van onze capaciteitsgroep elementen als de samenhang op het terrein van de regelgeving gericht op structuur, organisatie en financiering van de zorg (structuurtoetsing) en de rechtspositie van gebruikers in relatie tot die van hulpverleners; de kwaliteit van de rechtsbeoefening ten behoeve van de gezondheidszorg krijgt als zodanig afzonderlijk aandacht waar ook de invloed van regelge-

ving en rechtspraak op gebruikers, hulpverleners, instellingen en op het gezondheidszorgsysteem onderwerpen voor onderzoek biedt. Het maatschappelijk dienstbetoon, het derde paneel in het drieluik van universitaire functies, kan het gezondheidsrecht benutten om patiënten en patiëntenorganisaties, hulpverleners, instellingen en de vele instanties en organisaties die de gezondheidszorg rijk is praktische raad en bijstand te verlenen in vraagstukken betreffende kwaliteit en kwaliteitstoetsing. Op al deze manieren een bescheiden bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van het bestaan is een opdracht, die een heel leven vullen kan.

TOT BESLUIT

Een gelegenheid als deze roept gevoelens van dankbaarheid op, die ik in een kort slotwoord wil trachten samen te vatten. De warmte van mijn Bredase bakermat, met juridische nestgeur en al, heeft de basis gelegd voor de kwaliteit van mijn bestaan, die nu in wezen wordt bepaald door mijn gezin. Vorming in velerlei opzicht kreeg ik in mijn studietijd aan de Nijmeegse universiteit. Aan mijn Tilburgse periode dank ik een gedegen bestuurlijke leerschool en een ruime maatschappelijke oriëntatie bij Bureau van Spaendonck alsook de bekroning van mijn academische studie in mijn promotie aan de Katholieke Hogeschool. Maastricht heeft mij nieuwe werelden geopenbaard. Het academisch Annadal, dat naar velen hopen binnenkort het Ziekenhuis Maastricht zal zijn, mag op mijn dienstvaardigheid blijven rekenen. Thuis ben ik thans in de Rijksuniversiteit Limburg, waar nieuwe idealen kampen met aloude menselijke zwakheden. Ik leer nog elke dag en hoop studenten en medewerkers in de vreugde en spanning daarvan te kunnen laten delen.

NOTEN

1. Simon Vestdijk, *De koperen tuin*, Nijgh en Van Ditmar, 's-Gravenhage/Rotterdam 1950 (citaat blz. 154).
2. C.J. Goudsmit, *Volksgezondheid en recht*, preadvies voor het Nederlands congres voor Openbare Gezondheidsregeling 1954, in: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 32 (1954) blz. 359-368. Dat niet alle artsen in de vijftiger jaren wars waren van het recht bewijst het feit, dat het in 1956 in Nederland gehouden 7e internationale congres van katholieke artsen gewijd was aan het thema 'Arts en Recht'. Zie A.Th.L.M. Mertens en L.A.M. Stolte, *Arts en recht*, in: *Universiteit en Hogeschool* 4 (1957-1958) blz. 214-224.
3. Deze inaugurale rede is gehouden aansluitend aan die van collega proxima mw. H.D.C. Roscam Abbing, In de beperking toont zich de meester, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1983.
4. Zie voor een overzicht van opvattingen over doelstellingen van gezondheidszorg F.C.B. van Wijmen, *Gezondheid, zorg en recht*, in: *Wetgeving Gezondheidszorg* (losbl. ed.) Kluwer, Deventer.
5. Sinds 17 februari 1981 zijn dit zelfbeschikkingsrecht en recht op goede zorg temidden van individuele resp. sociale grondrechten in de Nederlandse Grondwet verankerd (art. 11 en 22, eerste lid).
6. J.B. Stolte, *Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg*, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 121 (1977) blz. 670-675.
7. A. Donabedian, *The definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor Michigan 1980, blz. 27.
8. Voor een aantal definities zie het literatuuroverzicht (tot 1977) van W. Zwanikken, *Toetsing in de huisartsenpraktijk*, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1979, blz. 65-67.
9. De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening, rapport van het Hoofdbestuur van de KNMG, in: *Medisch Contact* 35 (1980) blz. 1624-1636.
10. De nota *De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 4 geeft deze relaties aan als 'korte omschrijving' van het begrip kwaliteit.
11. J. Ehrenreich (ed.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Monthly Review Press, New York/London 1978, blz. 1-35.
12. H. Philipsen, *Sociale Gezondheidskunde*, interne discussienota Rijksuniversiteit Limburg 1981, blz. 13.
13. Zo ook J.P. Kuiper, *Het zal ons een zorg zijn*, Van Gorcum, Assen/Amsterdam 1975, blz. 198 en J.C.M. Hattinga Verschure, *Het verschijnsel zorg*, *De Tijdstroom*, Lochem/Poperinge 1981.
14. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Callenbach, Nijkerk 1969, blz. 11/12.

15. E.W. Roscam Abbing, Kwaliteit medisch handelen tussen nu en 2000, in: *Medisch Contact* 38 (1983) blz. 725/6 (citaat blz. 726).
16. Zie o.a. A. Donabedian, a.w., blz. 4.
17. Zie o.a. A.L. Cochrane, *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*, The Nuffield Provincial Hospital Trust, London 1972 en E. Reerink, *Kwaliteitsbevordering van het medisch handelen*, Utrecht 1982.
18. Dit onderscheid wordt o.a. gemaakt door de Nederlandse wetgever, bijvoorbeeld in de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*.
19. Zie o.a. J.B. Stolte, a.w., blz. 670/1, H.J.J. Leenen, *Gezondheidszorg en recht*, Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel 1981, blz. 235 e.v. en E. Reerink, a.w., blz. 4.
20. Zie o.a. Reerink, a.w., tabel 1; hij wijst overigens op het vaak ongeorganiseerde en informele karakter van verschillende kwaliteitsbevorderende activiteiten. Voor het instrumentarium van de overheid zie de *Nota Kwaliteitsbewaking* (noot 10), blz. 7/8.
21. A. Donabedian, *Evaluating the quality of medical care*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (1966), blz. 166-203 en a.w., blz. 77 e.v.
22. W. Zwanikken, a.w., blz. 65 e.v. De literatuurstudie werd uitgevoerd in samenwerking met en ten behoeve van de Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Gelijktijdig vond een onderzoek plaats naar de methodologische aspecten, waarover afzonderlijk werd gerapporteerd: C.W. Aakster, *Over de methodologie van het toetsen*, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1979.
23. H.J.J. Leenen, a.w., blz. 44.
24. W.B. van der Mijn, *Wie stelt de dokter de wet?*, (inaugurale rede) Kluwer, Deventer 1983, blz. 7. Zowel Van der Mijn als Leenen pleiten, om verschillende redenen, voor terughoudendheid van de wetgever ten aanzien van het medisch handelen. Zie W.B. van der Mijn, *De wetgever en het medisch handelen*, in: *Medisch Contact* 27 (1972), blz. 1165-1171; H.J.J. Leenen, *De rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen*, in: *Medisch Contact* 32 (1977), blz. 489-492 en idem, *Recht en wet in de gezondheidszorg*, in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht 1979, blz. 321-331.
25. De normen die de Medische Tuchtwet 1928 (Stb. 222) in de artikelen 1 t/m 4 stelt voor artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers zijn negatief geformuleerd. Deze beroepsbeoefenaren kunnen aan tuchtmaatregelen worden onderworpen in geval van 'vertrouwensondermijning' (zich schuldig maken aan handelingen, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen etc. ondermijnen), bij nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstaat voor de patiënt en bij grove onkunde in de beroepsuitoefening.
26. W.B. van der Mijn, a.w., blz. 10-13.
27. *Gedrageregels voor artsen*, KNMG, Utrecht 1978. Bedoeld zijn hier de gedragsregels 1, 2 en 6.
28. H.J.J. Leenen, *Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg*, in: *Medisch Contact* 34 (1979), blz. 931-938 (citaat blz. 931). Zie ook zijn *Gezondheidszorg en recht*, Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel 1981, blz. 30 e.v. en blz. 237 e.v.
29. Leenen, H.J.J., *Gezondheidszorg en recht*, blz. 311.
30. Zie o.a. F. Sturmans, W.G. van Arkel, S.H.J. Veling, P. Leffers en A. Ament, *Medische besliskunde*, Postacademisch onderwijs geneeskunde Katholieke Universiteit Nijmegen 1982 en *Inleiding in de medische besliskunde* (Utrecht 1983), een bewerking door het CBO

van een verhandeling van D.L. Zalkind en R.H. Shachtman over medical decision-making. Zie over het CBO verder paragraaf 3.1. en noot 50.

31. J.M. Greep en M.N. van der Heyde, Op weg naar een protocollaire geneeskunde?, in: *Medisch Contact* 35 (1980), blz. 511/2. Zie ook A. Kastelein en H.H.M. Willems, Diagnostische verrichtingen en algorithmen, een kostenbesparing?, in: *Medisch Contact* 35 (1980), blz. 304–306. Pleidooien als deze waren ook in Nederland al eerder gehouden. Zie J.C.J. Burkens, Normalisatie in de geneeskunde, in: *Medisch Contact* 28 (1973), blz. 1393–1395. 'Normalisatie' of 'standaardisatie' werd voor het medisch handelen zelf o.a. door A.M. Gründemann en H.J. Overbeek, Enkele beschouwingen over het begrip 'Normering van het medisch handelen', in: *Medisch Contact* 31 (1976), blz. 480–483, resoluut van de hand gewezen met 'ontoelaatbare verschrating van de arts-patiëntrelatie' als voornaamste argument.
32. Rijksbegroting voor het jaar 1983, Hoofdstuk XVII Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Tweede Kamer, zitting 1982–1983, 17600, nr. 2, blz. 59/60. Dat de protocolgedachte in binnen- en buitenland ook buiten de klinische geneeskunde wordt geïntroduceerd, valt af te leiden uit de literatuur. Zie o.a. A.L. Komaroff et al., Protocols and 'Auditable' Checklists in Ambulatory Medical Care, in: *Quality Review Bulletin* 5 (1979), blz. 22–26. Aangegeven wordt dat ook anderen, bijvoorbeeld verpleegkundigen, bij het gebruik van protocollen (kunnen) worden ingeschakeld. Over de noodzaak om voor het verpleegkundig handelen eigen maatstaven, protocollen ('nursing standards') te ontwikkelen zie A. van der Arend, Evaluatie van het verpleegkundig handelen: wijsgerig-ethische aspecten, Maastricht 1983 (wordt nog gepubliceerd). Ook in de Nederlandse huisartsgeneeskunde bestaat toenemende belangstelling voor protocollering en besliskunde. Zie de inventarisatie van lopend onderzoek naar het handelen van de huisarts van J. Bensing, J. de Groot en J. Zaat, Kijken naar onderzoek, in: *Huisarts en wetenschap* 23 (1980), blz. 143–149.
33. Zeer onlangs kwam naar aanleiding van een symposium in Leiden de protocollaire geneeskunde weer in de belangstelling met het genuanceerd enthousiasme van J.C. van Es, Protocollaire geneeskunde, editorial in *Medisch Contact* 38 (1983), blz. 615 ('We kunnen niet anders dan concluderen dat het nadenken en spreken over protocollen ons moet brengen tot nadenken over de grondslagen van de geneeskunde'), in een brug naar besliskunde, geslagen door M.N. van der Heyde, De besluitboom in de heelkunde, in: *Medisch Contact* 38 (1983), blz. 621–622 ('Patiënt en arts ontmoeten elkaar aan de stam van die besluitboom'), en zelfs met een pleidooi van J. Roos (Protocol toverkol? in: *Medisch Contact* 38 (1983), blz. 653–654) voor een Instituut voor protocollaire geneeskunde, dat zou moeten ressorteren onder de Gezondheidsraad.
34. Zie voor dergelijke bezwaren o.a. A.L. Komaroff, Algorithmes and the 'art' of medicine, in: *Journal of Public Health* 72 (1982), blz. 10–12; Advies inzake het Voorontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk 1982, met name blz. 55/6; H.J.J. Leenen, Standaard van zorg en vrijheid van keuze, in: *Standaardzorg en keuzevrijheid, Liber amicorum voor dr. E. van der Weg, De Tijdstroom, (Lochem/Poperinge), 1983, blz. 40–47. A.F. Caspari, Medical audit in de Verenigde Staten: een voorbeeld voor medische toetsing in ons land?, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 121 (1977), blz. 684–688 importeerde de term 'kookboekgeneeskunde' en de bezwaren daartegen uit de VS.*

35. Vergelijk H.J.J. Leenen, *Standaard van zorg en vrijheid van keuze* en H.D.C. Roscam Abbing, a.w., blz. 7.
36. W.B. van der Mijl a.w., blz. 13.
37. Zo ook de Gedragsregels voor artsen (resp. nr. 14 en 20). Interessant is de vraag wat de arts moet doen als hij weet dat geen collega tijdig hulp kan verlenen, terwijl hij zelf met medische-ethische problemen worstelt. P. Sporken, *Ethiek en gezondheidszorg*, Ambo, Baarn 1977, blz. 72/3 meent, dat bij onoplosbaar meningsverschil tussen patiënt en arts over levensbeschouwelijke aangelegenheden de beslissing van de patiënt doorslaggevend dient te zijn, 'uiteraard onder voorwaarde dat daardoor van de arts geen handelingen geëist worden, die tegen diens geweten indruisen'. Zie ook Gedragsregel nr. 7. Opgelost is daarmee het dilemma nog niet, tenzij men concludeert, dat de medische-ethische opvattingen van de arts altijd prevaleren boven de beslissing van de patiënt.
38. J.F. Rang, *Patiëntenrecht* (inaugurale rede) Stafleu, Leiden 1973, met name blz. 21/2. Rang spreekt van 'behandelingsovereenkomst', een term, die evenals 'medisch contract', voor te beperkte uitleg vatbaar is.
39. Zie de artikelen 5 tot en met 8 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Thans zijn of worden daar bedoelde kwaliteitseisen reeds vervat in erkenningsnormen, neergelegd in diverse besluiten; zie daarvoor o.a. in *Wetgeving Gezondheidszorg* (losbl. ed.) Kluwer Deventer, onder Wettelijke Ziektekostenverzekering. Bij de Ziekenfondsraad ligt ter advisering een ontwerp-besluit 'algemene eisen met betrekking tot erkenning van ziekenhuizen', waarin uitvoeriger dan in de huidige erkenningsnormen aandacht wordt besteed aan patiëntenrechten.
40. Deeladvies inzake kernbepalingen voor de regeling van de relatie tussen patiënt en arts, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk 1982. Dit is het laatste van een door de zgn. Commissie-Leenen voorbereide reeks deeladviezen over patiëntenrechten, waarvan de voorgaande handelden over recht op informatie en het toestemmingsvereiste (1980), privacy (1981), medische experimenten (1982) en bemiddeling bij klachten (1982).
41. Zie A.S. Hartkamp, *Compendium van het vermogensrecht* volgens het nieuwe burgerlijk wetboek, Kluwer, Deventer 1977, met name nr. 355, blz. 239. Eerder (nr. 21, blz. 12) typeert hij de standaardregeling als een wet in materiële zin, tot stand gekomen op de in artikel 6.5.1.2 aangegeven wijze, waaraan bepaalde bedrijfsmatig gesloten overeenkomsten zijn onderworpen. Hartkamp noemt als voorbeelden vervoer van goederen over de weg en koop/verkoop van bepaalde producten, beide dus aanvullingen op bijzondere contracten.
42. Voor een overzicht van de gezondheidswetgeving zie W.B. van der Mijl, *Gezondheidswetgeving*, in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema & Holkema.
43. *Structuurnota Gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13012, nr. 2.
44. H.D.C. Roscam Abbing, *Het erkenningsstelsel als reguleringsinstrument*, in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 7 (1983), blz. 53-64. J.L.A. Boelen, *Kwaliteit medisch handelen*. Naar een maatstaf in het zicht van de budgettering, in: *Medisch Contact* 38 (1983), blz. 991-994 stelt, zoals men vaker in artsenkringen hoort, dat de regelgeving in de gezondheidszorg in het afgelopen decennium teveel door financiële overwegingen is beheerst en dat van meet af aan de medische professie ingeschakeld had moeten worden om de kwaliteit van de zorg nader te definiëren. Nu vreest hij, dat onverkorte invoering van de WVG, maar ook reeds de budgetfinanciering, kwaliteitsverlies tot gevolg zal hebben.

45. Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen, 12 oktober 1977, Stcrt. 1977, 206, laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 27 juni 1980, Stcrt. 1980, 127. Zie ook noot 39.
46. In F.C.B. van Wijmen, Een alternatief model-reglement voor de medische staf, in: Het Ziekenhuis 8 (1978), blz. 420-427 en blz. 435-440 is reeds een voorstel uitgewerkt, geïnspireerd op het rapport van de Commissie-Simons (zie noot 50), om de interne intercollegiale toetsingsorganisatie in ziekenhuizen te regelen via het stafreglement.
47. Zie de hoofdstukken III en VII van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deze zijn overigens nog niet in werking getreden.
48. Rapport van de Commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen (rapport-Van der Burg) 's-Gravenhage 1977. Regeringsstandpunt inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 15360, nr. 18.
49. Zie daarover mijn Interne democratisering, in: F.C.B. van Wijmen (red.), Democratisering, Kwartaalschrift 1983, nr. 3 in de reeks Leiding & organisatie in de gezondheidszorg, Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel.
50. Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen, rapport van een gemeenschappelijke commissie (de zgn. Commissie-Simons), ingesteld door de Geneeskundige vereniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialistenvereniging. W. Zwanikken, a.w.; C.W. Aakster, a.w.; Toetsing in de huisartsgeneeskunde, rapport van de werkgroep Toetsing van het NHG, in: Huisarts en wetenschap 23 (1980), blz. 127-140. J.G. Herschel en J.H. Peters, 'Hospital audit', een haalbaar model, in: Medisch Contact 33 (1978), blz. 1567-1570 en V.M.C. Verstappen en R.J.M. Retera, Aanzet tot hospital audit in een algemeen ziekenhuis, in: Medisch Contact 35 (1980), blz. 427-429. Voor de verpleegkunde bijv. J.M.Th. van Maanen, Nursing audit, in: Tijdschrift voor Ziekenverpleging 28 (1975), blz. 54-60 en idem, De verpleegkundige audit, in: Medisch Contact 31 (1976), blz. 477-479.
51. E. Reerink, Gestructureerde kwaliteitsbevordering in algemene ziekenhuizen in Nederland, in: E. Reerink en A. Th. Schweitzer (coörd.), Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen, Boerhaave-cursus 1980, Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel 1980, blz. 21-32 (citaat blz. 23).
52. In binnen- en buitenland bestaat een grote hoeveelheid literatuur over toetsing in al haar aspecten. Men zie o.a. W. Zwanikken, a.w. (tot medio 1977). Nederlandse literatuur vanaf 1975 is door het CBO gebundeld.
53. De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16624, nr. 2, met name blz. 5-8.
54. Zie resp. de artikelen 5, eerste lid, en 8 WVG.
55. P. Hoekstra en L.N.J. Verzellenberg, Kwaliteitskringen in de gezondheidszorg?, in: Medisch Contact 37 (1982), blz. 317-320.
56. J.W. Williamson, Assessing and Improving Health Care Outcomes, The Health Accounting Approach to Quality Assurance, Ballinger Publishing Company, Cambridge Massachusetts 1978 en idem, Quality Assurance in Medical Care, in: E. Reerink en A.Th. Schweitzer, a.w., blz. 11-17.
57. J.C.J. Burkens, Een nieuwe vorm van toetsing. De Amerikaanse wet op de Appropriateness Review, in: Medisch Contact 35 (1980), blz. 1555-1558.
58. Nota 'Evaluatie Proefregio's Volksgezondheid', Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 13.